

## Prescription pour injection

Identification du prescripteur

NOM, Prénom

Numéro RPPS / ADELI

Numéro AM ou FINESS établissement

Le.....20....

Identification du patient :

NOM, Prénom

Date de naissance

Soins en rapport avec une ALD exonérante : Oui  Non

Faire pratiquer par une IDE à compter du ..... :

A domicile

Au cabinet

- Une injection de .....
- Voie d'abord : .....
- Fréquence et/ou horaire de passage : *(si nécessité médicale, apposer la mention « nuit » ou « intervalle de 12 heures impératif » si 2 injections/jour)*
- Les jours d'intervention *(préciser si dimanche et jours fériés inclus)*
- Jusqu'à..... (date)

Cachet et signature du prescripteur